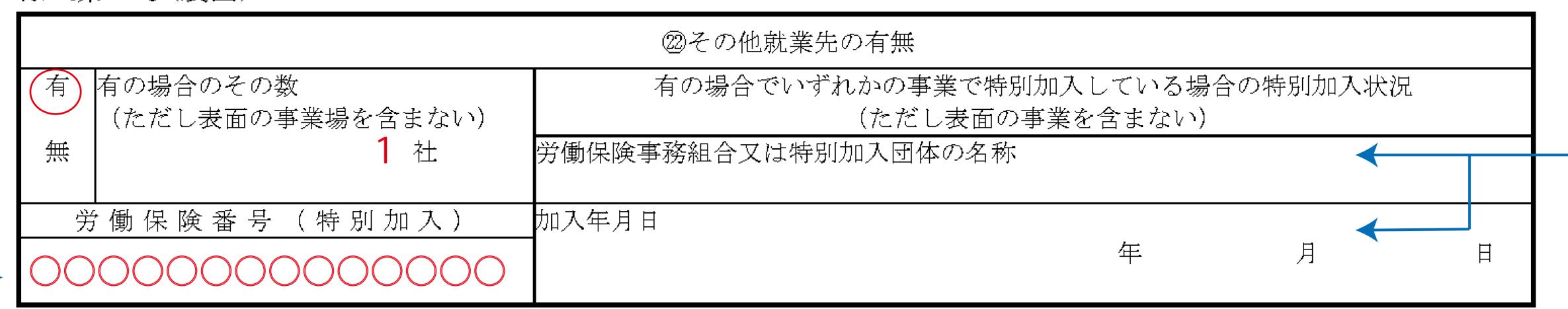
わかりやすく赤字にしているが実際には黒のボールペンで書く

	揚	様式第5号(表面) 労働者の 業務災害用 複数業務要因災害用 養補償給付及び複数事業労働者 養給付たる療養の給付請求書	事	面に記載してある注意 項をよく読んだ上で、 入してください。		字 体 O I I キ ク ケ コ サ シ ホ マ ミ ム メ モ	 	7 テトナニ	_ 코	
この欄は書かない ――	3			②業通別 ③保留 1 業 1全レセ 3 通 3全統例	⑥処理区分	④爱付年 ※				
会社に聞く。	標準字	(5) 所集 所等 管 轄 労働 保険 番号 日本日 日本日	基 幹 番 号	枝 番 号		②兼業 ⑦支給 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· 不支給決定年月日			
今回の災害で	体で	単金証書番号記 8性別 9労働者の生年 1明治 元号 年		⑩負傷又は発病年月日 元号 年 月	B	②請求 ①再発生	╒ ╒	<u></u> -	※ 印	
場病(補償)等年金を 受給している場合はこの 対働保険番号のかわりに	7	1 男 1 3大正 5昭和 5 6 0 1~8年は 左へ 1 シメイ (カタカナ): 姓と名の間は	0 1 0 1 9月は右へ 1~9日は右へ 1 1 文字為けて記入してくがさい	9 0 5 0 2 1~8年は右へ 1~9月は右 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		※ [(職員が記 特別加入者 記	欄は記入	
下動保険番号のがわりに F金証書番号を左詰で書く	てし	ゆ					1 自 3 労 5 他	入しまか	しないで	
	ル 大	氏名日本 大働運用	郎		(37歳)	② 傷病性	:質(業)	ي ا	くださ	
	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	(大) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本	4 5 6 7	ガナサクラシーさくら市	サクラマチ さくら町	*			V)	
		1 - 2 -	3			⑪負傷又は発病の時刻 		名、氏名 見係 長	丰 + / ₇	た口頭した同体がいてた
		職種建設業				午後14時30分頃		一郎		を目撃した同僚がいるな! 人物の、いないなら災害
		⑩災害の原因及び発生状況		駅所で(い) どのような作業を) どのような災害が発生した				又は有害な	発生	の報告を受けた人物の
		さくら市の建設現場							名前	と役職名を記入
	•	名 称 ②加指定病院等の	〇〇病院			電話	(023) 45	6 – 7890	4	
			さくら市さく	ら町2-4-	6	〒	_		打り り 曲	
		②傷病の部位及び状態	頚椎損傷						げ る 世	
		②の者については、①、⑦及で	火 りに記載したとおりで	あることを証明します。			年 月		参 合 に	☆牡!!=⇒!!> フ+ ここ
		事業の名称				電話	()	- (ಡ ∢) ೧	ー会社に書いてもらう
		事業場の所在地				〒			の 所 を	
		事業主の氏名							谷 に 垢	
		労働者の所属事業	ときはその名称及び代表者	の氏名)		ento ⊋•1.	,		りさ	
		場の名称・所在地 (注意) 1 労働者の所属事業 産業素量する事店	送場の名称・所在地につ 工事現場等を記載して		介属する事業場が一	電話 括適用の取扱いを受り	<u> </u>	働者が	5 に 2	
		2 派遣労働者につV 事業主が証明する事	ヽて、療養補償給付又は 「項の記載内容が事実と	複数事業労働者療養給作	付のみの請求がなさ	れる場合にあっては、	派遣先事業主は、	派遣元	つ 折	
		旨裏面に記載してく 上記により療養補償給付了		養給付たる療養の給	付を請求します。	令	和 5 年 3 月	1日	ッ に し	
		○○ 労働基準	農監督署長 殿	= 123 -	- 4567	電話	(012) 34	5 – 6789	てくだ	
		病診	院 院 一	住所さ	くら市さくら	 う町1-2-		方)	どう	
		薬		青求人の 氏 名 日	本 太郎					
			支不 署 長 7	副 署 長 課 長	係 長 係	決定年月日 	•	一欄は		
			給給			 不 支		記 入 1		
			定			A A の		ないた		
			決 講査年月日			理由		くだと		
		~~	書復命書番号	第号第	号 第	号 "		。 。 。		

会社の所在地を管轄する 労基署の名前を記入 その他の(表面に労働保険番号を書いた会社以外の)就業先がある場合は 記入しておくとよい。過労事件の労災の認定にプラスに働く。 (過労事件以外では特に意味がないので別会社の労働保険番号を聞くのが 手間であれば何も書かなくてもよい)

様式第5号(裏面)



事業主や一人親方など 特殊な立場で労災に加盟 しているときに書く

会社に聞く・

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑩は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤ 労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ②「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の 請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らか な疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣労働者の場合、一派遣先に書いてもらう

	 派遣元事業 <u> </u>	主が証明	月する	事項(表面の⑪、⑰及び⑲)の記載内容について事実と	相違ないこ	とを証	明します。		
>,—*>;++, εε ,—+->;(ε,)				事業の名称	電話()			
派遣先事業主 証明欄	<u></u>	<u>月</u>	<u>日</u>	事業場の所在地	<u></u> 一				
				事業主の氏名					

社会保険	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏	名		電話番号
労務裁欄				() —